

Aus der Universitätsfrauenklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. Karl Burger

ÜBER DEN VORFALL DER NABELSCHNUR
UND DER ARME

Bericht vom 1. Januar 1947 bis 1. Januar 1957

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Wilfried Schmelzer
München

Würzburg 1958

STANFORD-LANE MEDICAL LIBRARY

Aus der Universitätsfrauenklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. Karl Burger

ÜBER DEN VORFALL DER NABELSCHNUR
UND DER ARME

Bericht vom 1. Januar 1947 bis 1. Januar 1957

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Wilfried Schmelzer
München

Würzburg 1958

Referent: Professor Dr. K. Burger

Tag der Promotion: **5. 12. 58**

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

I N H A L T S A N G A B E

	Seite:
A. Einleitung	1
B. Aetiologie	1
C. Diagnose	5
D. Verlauf	6
F. Casuistik	
1. Vorliegen der Nabelschnur	11
2. Vorfall der Nabelschnur	12
3. Armvorfall	26
4. Nabelschnurvorfall*verbunden mit Armvorfall	33
G. Zusammenfassung	36
Literaturangaben	42



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153517_0245

A. E I N L E I T U N G

Von einem Vorliegen der Nabelschnur spricht man, wenn die Nabelschnur bei stehender Blase vor oder neben dem vorangehenden Kindsteil getastet werden kann, während als Vorfall der Nabelschnur dasselbe bei bereits gesprungener Blase bezeichnet wird.

Das gleiche trifft für ein Vorliegen bzw. den Vorfall der Arme zu.

Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur sowie der Armvorfall sind als ernste Geburtskomplikationen zu betrachten und mit einer verhältnismäßig hohen kindlichen Mortalität belastet.

B. A E T I O L O G I E

Der wesentliche Unterschied zwischen dem Nabelschnur- und Armvorfall besteht darin, daß der Nabelschnurvorfall an sich nur für das Kind gefährlich ist, während der Extremitätenvorfall meistens auch den Geburtsmechanismus beeinflußt und damit auch die Mutter gefährden kann.

Die Nabelschnur hat eine noch größere Bewegungsmöglichkeit als die Extremität, so daß ihr Voraneilen bei sonst gleichen Verhältnissen häufiger vorkommt als der Extremitätenvorfall.

Für das Zustandekommen eines Vorliegens oder Vorfalls der Nabelschnur spielen verschiedene Momente eine Rolle:

- 1.) Abnorme Kindlage,
- 2.) Anomalien des Geburtsobjektes,
- 3.) Anomalien des Geburtskanals,
- 4.) Anomalien des Fruchtwassers.

In allen diesen Fällen muß als Voraussetzung für das Entstehen des Nabelschnurvorfalles ein Fehlen in der "inneren Abdichtung" durch den vorangehenden Teil der Frucht verantwortlich gemacht werden. Beim Hydramnion spielt als begünstigender Faktor das plötzliche Abfließen des Fruchtwassers

unter erhöhtem Druck eine oft ausschlaggebende Rolle. Beim tieferen Sitz der Placenta und besonders bei langer Nabelschnur ist die Gefahr des Nabelschnurvorfalles durchaus gegeben, wenn auch in diesen Fällen die klinische Erfahrung lehrt, daß die weitaus größere Zahl der Geburten mit einem tiefen Sitz der Placenta oder einer Placenta praevia ohne einen Nabelschnurvorfall abläuft. Wenn man gleichzeitig zugeben muß, daß trotz der Länge der Nabelschnur, trotz des Fehlens eines räumlichen Hindernisses und trotz Fehlens eines ausreichenden Auftriebes durch das Fruchtwasser nur selten die Nabelschnurschlingen den unteren Eipol erreichen, geschweige denn ein Vorfall oder Vorliegen der Nabelschnur beobachtet wird, so wird hier die Frage gestellt nach den Kräften, die die Normallage der Nabelschnur in der Fruchthöhle beeinflussen.

Der Druck in den Nabelschnurgefäßen ist für den Tonus, für die Stabilität und für die Lage der Nabelschnur in der Eihöhle von ausschlaggebender Bedeutung. Bei Lagewechsel der Mutter und der Frucht ist eine geringe Beweglichkeit der Nabelschnur festzustellen, unter der Voraussetzung eines normalen Blutdruckes von 80 mm Hg. Weiterhin ist festgestellt, daß die Nabelschnur nicht der Schwerkraft nach bis zur tiefsten Stelle der Eihöhle folgt, wenn das Fruchtwasser vollständig abgeflossen ist. Dadurch, daß die Wehentätigkeit eine Erhöhung des Innendruckes im Uteruscavum verursacht, wird eine Druckdifferenz zwischen Uteruscavum und Nabelschnurgefäßen erzeugt, welche durch Sinken des Tonus und durch Verlust der Stabilität der Nabelschnur einen Nabelschnurvorfall begünstigen kann. Dasselbe beobachtet man bei absterbenden oder bereits abgestorbenen Früchten. In diesen Fällen haben wir es mit einer wohl prallen, aber zu wenig pulsierenden Nabelschnur zu tun, oder es liegt eine völlig schlaffe, pulsationslose Nabelschnur vor. Wie oben erwähnt, kann bei zu langer Nabelschnur oder bei starkem Abfluß des Fruchtwassers evtl. unter erhöhtem Druck auch bei normalen Blutdruckverhältnissen ein Nabelschnurvorfall beobachtet werden. Für das Phänomen der Selbstreposition sind die aktiven Bewegungen der Nabelschnur selbst und eine Zunahme der Druckdifferenz zwischen Nabelschnurgefäßen und der Umgebung im Sinne einer Besserung der Blutdruckverhältnisse infolge einer Erholung des Kindes ausschlaggebend.

Während die Schädellagen bei normalem Becken den bestmöglichen Abschluß gegen das Kleine Becken bieten, kommt es bei Quer- und auch Beckenendlagen leichter zum Vorfall der Nabelschnur.

Als letztes ätiologisches Moment wäre hier noch das habituelle Vorkommen zu erwähnen. In einem Fall wurde es bei einer Patientin bereits bei drei vorausgegangenen Geburten beobachtet.

In der mit Fruchtwasser gefüllten Gebärmutterhöhle nehmen die Extremitäten des Kindes während der Schwangerschaft gewöhnlich eine ungezwungene Haltung ein und haben an der Bauchseite des Fruchtkörpers genügend Raum, um sich aktiv frei und ungehindert zu bewegen. Da jedoch im Laufe der Gravidität die Fruchtwassermenge im Verhältnis zur Größe der Frucht und damit der zur Verfügung stehende Raum immer mehr abnimmt, kommen die Extremitäten allmählich in immer innigere Berührung mit dem Körper des Kindes und nähern sich der früher auch für die Zeit der Schwangerschaft als charakteristisch geltenden Haltung, bei der die über der Brust gekreuzten Arme und die im Hüftgelenk nach oben und im Kniegelenk nach unten geschlagenen Beine sich an der Formierung der Fruchtwalze beteiligen. Es ist also in der letzten Zeit der Schwangerschaft und während der Eröffnungsperiode bereits die Haltung der Extremitäten angedeutet, welche diese während der Austreibungsperiode in den jeweils den Geburtskanal durchwandernden Teil des Kindskörpers durch die zirkuläre Schnürung inne haben. - Diese charakteristische Haltung, bei der die Arme und die Beine in der durch die leichte Beugung der Wirbelsäule an der Vorderfläche des Fruchtkörpers vorhandenen Bucht gelagert sind, verlassen die Extremitäten während der Geburt nur verhältnismäßig selten. Feiner hat die Verlagerung des Armes in den Nacken des Kindes geburtshilfliches Interesse.

Bei der Entstehung dieser von der Norm abweichenden Haltung der Extremitäten des Kindes und auch der regelwidrigen Haltung des kindlichen Kopfes zum Rumpf des Kindes z. B. den "Wendehals", der Verlagerung der Arme in den Rücken, die Armhaltung eines "betenden Kindes", der Deflexionshaltung des Kindes usw. handelt es sich, wie E. KEHRER mit Recht betont hat, nicht nur um passive Bewegungen, die von der das Kind beherbergenden Fruchthülle bewirkt werden, sondern zum großen Teil auch um aktive Bewegungen. Sie

haben als vitale intrauterine Phaenomene für die Entstehung von Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus eine viel größere Bedeutung, als man bisher angenommen hat. Auch dem Armvorfall liegt nach KEHRER das aktive Vorgestrecktwerden des Armes zu Grunde, weshalb er den Ausdruck Armvorfall des lebenden Kindes durch die Bezeichnung der "aktiven Dislokalisierung der Extremitäten zu ersetzen vorschlägt.

Während beim Vorliegen bzw. Vorfall der Nabelschnur nur die Frucht gefährdet wird, hemmt oder hindert das Vorliegen bzw. der Vorfall von Extremitäten in erster Linie den Geburtsmechanismus. Eine Ausnahme bilden nur Fälle mit besonders kleinen kindlichen Schädeln, neben dem eine Extremität bequem im Becken Platz findet, oder bei denen nur ein kleiner Teil der Extremität (z. B. die Hand) neben dem vorliegenden Teil angetroffen wird. Ein Vorliegen oder Vorfall von kleinen Teilen gefährdet vor allem die Mutter und erst in zweiter Linie das Kind, das dem erforderlichen operativen Eingriff oder dem schweren Geburtstrauma zum Opfer fallen kann. Ursache für das Vorliegen oder den Vorfall kleiner Teile kann jeder Umstand sein, der die Einstellung des vorliegenden Teiles erschwert oder verhindert, ferner ein Abfluß des Fruchtwassers, der aus irgend einem Grunde erfolgt, bevor sich der vorliegende Teil im Beckeneingang einstellt. Disponierend wirkt auch eine mit größerer Wucht erfolgende Entleerung des Fruchtwassers (Hydramnion) und noch mehr das Fehlen eines vorliegenden Teiles bei Quer- und Schädellagen.

C. D I A G N O S E

Die Diagnose ist durch die innere Untersuchung meist leicht zu stellen, da die Nabelschnur ein so charakteristisches Gebilde darstellt, daß sie bei sorgfältiger Untersuchung nicht verkannt werden kann. Beim Nabelschnurvorfall kommt es ganz besonders darauf an, daß er möglichst frühzeitig nach seiner Entstehung festgestellt wird. Deshalb ist es nötig, besonders nach Blasensprung die Herztöne des Kindes genau zu kontrollieren. An der vorgefallenen Nabelschnur kann man palpatorisch leicht feststellen, ob das Kind noch lebt, oder schon geschädigt ist. Der Nachweis der Nabelschnurpulsation gelingt ganz leicht, indem man eine Schlinge der Nabelschnur mit dem untersuchenden Zeigefinger hackenförmig umfaßt.

Schwächerwerden oder Fehlen der Pulsation während einer Wehe zeigt die Kompression der Nabelschnur an. Das Fehlen der Pulsation außerhalb einer Wehe läßt den Tod des Kindes als höchstwahrscheinlich erscheinen. Es ist jedoch zu beachten, daß das Kind oft noch gerettet werden kann, auch wenn die Nabelschnurpulsation schon aufgehört hat. Entscheidend für die Behandlung ist die Auskultation der kindlichen Herztöne. Wenn beides fehlt, ist der Tod des Kindes als höchstwahrscheinlich anzusehen.

Ebenso wie beim Nabelschnurvorfall spricht man vom "Vorliegen" bzw. "Vorfall" der Arme, je nachdem die Blase gesprungen ist oder nicht. Wenn bei gesprungener Blase nur die Hand neben dem Kopf zu fühlen ist, so bezeichnet man diese Komplikation als "unvollkommenen Armvorfall" oder "Handvorfall". Wenn die Hand dem Kopf voraneilt, also neben dem Kopf liegt, so handelt es sich um einen "vollkommenen Armvorfall".

D. V E R L A U F

Bei allen Kopflagen befindet sich das Kind durch den Nabelschnurvorfall von vornherein in großer Lebensgefahr, da der vorangehende harte Kopf bei jeder Wehe die Nabelschnur gegen die Beckenwand preßt. Bei der Beckenendlage beschränkt sich die Kompressionsgefahr der vorgefallenen Nabelschnur gewöhnlich nur auf das letzte Stadium der Austreibungsperiode. Dagegen fehlt bei der Querlage zunächst ein vorliegender Teil. Da deshalb auch ein Druck auf die Nabelschnur nicht immer ausgeübt wird, erfordert der Nabelschnurvorfall an und für sich keine Änderung der sonst bei der Querlage einzuschlagenden Behandlung.

Die Raumbeengung im Beckeneingang durch den vorgefallenen Arm kann den Eintritt des Kopfes verzögern und verhindern, und zwar dadurch, daß Haltungs- und Einstellungsanomalien des Kopfes entstehen. So kann der vorgefallene Arm das Hinterhaupt am Eintritt in das Becken hindern und statt seiner das Vorderhaupt tiefer treten und eine Deflexionslage entstehen lassen. SACHS sah drei Gesichtslagen bei Armvorfall, einmal davon mit innerer Überdrehung des Kopfes. Von FELLEBERG beschrieben die Entstehung einer Gesichtslage mit vollständiger Verdrehung des Gesichtes nach dem Nacken zu, infolge des Vorfalles des rechten Armes an der linken Seite des Gesichtes.

Auch die Entstehung einer Hinterscheitelbeineinstellung durch Armvorfall ist mehrmals beobachtet worden (V. FRANQUE, SACHS, SCHREMPF). Der Armvorfall kann aber auch ohne eine fehlerhafte Einstellung des Schädels, da ein enges Becken vorhanden ist, den Eintritt des Kopfes in das Becken verhindern und zu Geburtsstörungen führen. Nachdem der Kopf in das Becken eingetreten ist, kann der vorgefallene Arm die regelrechte Stellungs- und Haltungsänderungen des Kopfes behindern und sogar abnorme Drehungen hervorrufen und dadurch störend auf den Geburtsverlauf einwirken.

Am Knie des Geburtskanals kann der Kopf durch den vorne vorgefallenen Arm an der Abbiegung nach vorne gehindert werden. Dabei wird, wenn der Austritt des Kopfes überhaupt zustande kommt, der Damm hochgradig gefährdet. Meistens dreht sich der durch den vorgefallenen Arm an der einen

Seite geschiente, also nach dieser Seite hin nicht abbiegbare Kopf solange, bis der Arm nach hinten zu liegen kommt und die Abbiegung des Kopfes nach vorne möglich wird, wodurch wieder abnorme Kopfeinstellungen, Querstand und Deflexionslagen zustande kommen. So bewirkt der Armvorfall, auch nachdem der Kopf bereits in das Becken eingetreten ist, auf die eine oder andere Weise eine erhebliche Verzögerung der Geburt. Es kann sich sogar ein völliger Geburtsstillstand ereignen, der, wenn nicht eingegriffen wird, eine Uterusruptur zur Folge haben kann. Die kindliche Mortalität wird besonders durch den häufig gleichzeitig noch vorhandenen Nabelschnurvorfall ungünstig beeinflusst.

E. B E H A N D L U N G

Beim Vorliegen der Nabelschnur kann man lediglich Maßnahmen ergreifen, die geeignet sind, den Vorfall der Nabelschnur zu vermeiden oder wenigstens hinauszuschieben. Bei noch nicht erweitertem Muttermund versucht man so lange wie möglich die Fruchtblase zu erhalten. Man legt die Kreißende in Seitenlage mit leicht erhöhtem Becken, um dadurch den unteren Eipol vom Fruchtwasserdruck möglichst zu entlasten. Man legt die Kreißende immer auf die der vorliegenden Nabelschnur entgegengesetzte Seite, weil dadurch manchmal erreicht werden kann, daß die Nabelschnur wieder zurückgleitet. Auch die Einlage eines Kolpeurynters kann dem vorzeitigen Blasensprung entgegenwirken.

Wenn der Muttermund vollständig erweitert ist, sprengt man die Blase und zwar so, daß ein Nabelschnurvorfall vermieden wird. Zu diesem Zweck ist das langsame Ablassen des Fruchtwassers durch eine kleine instrumentell hergestellte Öffnung in den Eihäuten mit gleichzeitigem Einleiten des Kopfes in das kleine Becken ein zwar manchmal ausreichendes, aber ziemlich unsicheres Verfahren.

Im allgemeinen ist besonders bei Mehrgebärenden vorzuziehen, bei Kopflage, ebenso bei Querlage mit vorliegender Nabelschnur und vollständig erweitertem Muttermund durch Wendung auf den Fuß und Extraktion die Entbindung

vorzunehmen. Bei Steißlagen wird der Fuß heruntergeholt und ebenfalls extrahiert. Wenn bei Kopflage die noch pulsierende Nabelschnur neben dem Kopf durch den völlig erweiterten Muttermund schon vorgefallen ist, wird so vorgegangen, daß man sich nicht etwa mit der Reposition der Nabelschnur aufhält. Die Frau wird vielmehr ohne Rücksicht auf die Nabelschnur sofort entbunden und zwar durch Forceps, wenn der Kopf zangengerecht steht, oder mit der inneren Wendung und Extraktion, wenn der Kopf noch beweglich ist. Bei vollständig erweitertem Muttermund besteht die Behandlung also nicht in der Reposition der Nabelschnur, sondern in der sofortigen schonenden Entbindung.

Bei noch engem Muttermund und vorgefallener Nabelschnur kommen folgende Operationen in Betracht:

- 1.) Reposition der Nabelschnur und Einleiten des Kopfes,
- 2.) Reposition und Metreuryse,
- 3.) Zweifingerwendung mit Reposition der Nabelschnur,
- 4.) Vaginale oder abdominale Schnittentbindung.

Früher wurde in erster Linie die Reposition ausgeführt und dafür alle möglichen Instrumente, sogenannte Repositorien, empfohlen. Die Statistik hat aber gezeigt, daß die Zweifingerwendung den beiden erstgenannten Methoden vorzuziehen ist, denn die Reposition gelingt oft nicht. Nach Emporschieben einer Nabelschnurschlinge fällt oft eine andere wieder vor, bevor es gelingt, den Ausgang durch den kindlichen Kopf oder durch den Metreurynter zu verlegen. Es empfiehlt sich deshalb die Zweifingerwendung vorzuziehen, bei der die Nabelschnur oft von selbst zurückgleitet oder nach vollendeter Wendung über den Steiß nach oben geschoben werden kann. Der heruntergezogene Steiß verhindert dann das Wieder-Vorfallen der Nabelschnur.

Niemals darf das Kind durch den noch nicht erweiterten Muttermund extrahiert werden. Aus diesem Grunde gelingt es auch mit der Wendung bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermund nur etwa in der Hälfte der Fälle, das Kind zu retten. Deshalb hat die Schnittentbindung in neuerer Zeit für die Behandlung des Nabelschnurvorfalles mehr Bedeutung erhalten. Die Schnittentbindung wird bei Mehrgebärenden vaginal als Hysterotomia anterior mit

nachfolgender Wendung und Extraktion und bei Erstgebärenden abdominal ausgeführt. Bei der abdominalen Schnittentbindung empfiehlt es sich, mit Rücksicht auf die Vermeidung einer Infektion, vorsichtshalber so vorzugehen, daß die vorgefallene Nabelschnur nicht in den Uterus zurück und durch die Bauchwand hindurch gezogen wird; die Nabelschnur wird vielmehr, nachdem das Kind in der gewöhnlichen Weise abgenabelt ist, dicht an der Placenta noch einmal abgebunden, dann durchtrennt und nach unten durch die Scheide herausgezogen. Bei bereits abgestorbenem Kind braucht auf den Nabelschnurvorfall überhaupt keine Rücksicht genommen werden.

Bei der Querlage empfiehlt sich die Wendung und der Versuch, die Nabelschnur zurückzuschieben. Nur bei völlig erweitertem Muttermund führt man die Extraktion durch. In der klinischen Geburtshilfe kann das Kind bei Mehrgebärenden durch die Hysterotomia vaginalis anterior schleunigst entwickelt und gerettet werden. Bei der Beckenendlage führt man bei völligem Muttermund das Herunterholen eines Fußes mit anschließender Extraktion durch.

Wenn beim Handvorfall der Arm nur soweit herabgesunken ist, daß man die Hand neben dem Kopf eben erreichen kann, so darf dieses Ereignis als verhältnismäßig harmlose Geburtskomplikation betrachtet werden. Dies gilt besonders für die Fälle, bei denen der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht. Da genügt es meistens, die Kreißende auf die Seite des kindlichen Kopfes zu lagern, womit erreicht wird, daß sich die neben dem Kopfe liegende Hand zurückzieht, oder wenigstens nicht weiter vorfällt, bis der Kopf in das Becken eingetreten ist.

Auch wenn die Hand neben dem bereits in das Becken eingetretenen Kopf zu fühlen ist, ist es ganz unbedenklich, die Geburt den Naturkräften zu überlassen, solange keine Störungen im regelrechten Verlauf der Geburtsvorgänge festzustellen sind. Erst wenn die Geburt Verzögerungen aufweist und besonders, wenn die regelrechte Drehung des Kopfes durch den Handvorfall offensichtlich beeinträchtigt ist, muß eingegriffen werden, indem man die Hand hinter den Kopf zurückschiebt. Wenn erforderlich und die Vorbedingungen gegeben sind, wird durch Forceps entbunden.

Beim vollkommenen Armvorfall kann eine abwartende Geburtsleitung nicht

als berechtigt angesehen werden; es ist vielmehr in Anbetracht der zu erwartenden Gefahren und Geburtsstörungen besser, bei allen Fällen, sobald die meist nicht schwierige Diagnose feststeht und der Muttermund erweitert ist, operativ vorzugehen. Wenn der Kopf noch beweglich über dem Becken steht, führt man die Reposition des Armes und Wendung auf den Fuß durch. Die Reposition des Armes ist als die natürlichste und schonenste Behandlung in allen Fällen vorzunehmen, wenn nicht eine beschleunigte Beendigung der Geburt erforderlich ist und der spontane Eintritt des Kopfes nicht aus irgendeinem Grunde zweifelhaft erscheint. Für die Reposition wird das Gesäß der Frau hochgelagert und dann bei mindestens handtellergroßem Muttermund in Narkose der Arm mit der ganzen in die Scheide eingeführten Hand über das Gesicht hinweg aufwärts geschoben, so daß er mindestens in Halshöhe gelangt. In einer Wehe wird die eingeführte Hand zurückgezogen und gleichzeitig der Kopf durch Druck von oben her in den Beckeneingang hineingepreßt, um das nochmalige Vorfallen des Armes zu vermeiden. Die Reposition gelingt meist leicht. Falls sie jedoch nicht möglich ist, wird nach Anschlingen des Armes das Kind auf den Fuß gewendet.

Viele Geburtshelfer sind der Ansicht, daß bei vollkommenem Armvorfall, wenn der Kopf bereits in das Becken eingetreten ist, die Geburt den Naturkräften überlassen und erst bei eintretenden Geburtsstörungen mit der Zange beendet werden soll. Wenn auch die Erfahrungen über diese seltene Geburtskomplikation nicht sehr groß sind, so zeigt die Literatur und besonders das von SACHS aus der Königsberger Klinik mitgeteilte Material, das sogar Fälle von Uterusrupturen enthält, doch deutlich, daß es doch immer mehr zu empfehlen ist, den abwartenden Standpunkt zu verlassen und statt dessen primär die Reposition des Armes zu versuchen. Bei Querlage pflegt man einen vorgefallenen Arm nicht zu reponieren. Viel vorteilhafter ist es, eine Wendungsschlinge daran zu befestigen, mit deren Hilfe der Arm nach erfolgter Wendung auf den Fuß in unserer Gewalt bleibt und bei der Extraktion nicht entwickelt werden muß. Nach ähnlichen Prinzipien geht man in jenen seltenen Fällen vor, in denen eine obere Extremität neben dem Steiß vorgefallen ist und kein Mißverhältnis verursacht. Alle die genannten Maßnahmen gelten nur bei lebendem Kind.

Handelt es sich um eine verschleppte Querlage, so ist bei abgestorbenem Kind eine zerstückelnde Operation angezeigt. Der vorgefallene Arm soll nicht abgetrennt werden, da er für die Extraktion des Rumpfes nach der Dekapitation sehr wichtig ist.

Wenn der Arm in der noch stehenden Blase neben dem abgewichenen Kopf vorliegt, so besteht die Behandlung in der Lagerung der Kreißenden auf die Seite, auf welcher der Arm nicht vorliegt.

F. C A S U I S T I K

1. VORLIEGEN DER NABELSCHNUR:

- 1.) 1948/842, 22 J., I Para
 B.: o. B. Li. HHL Blsp. 9 Std. 48' a. p.
 Rectale Untersuchung ergibt Ns.-vorliegen. Blasensprengung. Reposition der Ns. HT. abfallend. Nach kurzer Zeit Spontanpartus eines stark asphyktischen Kindes.
 Kind: weibl. 3320 g 49/52 cm reif.
 Ns: 62 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.

- 2.) 1949/85, 31 J. II Para
 B.E.I^o. Re. Steiß-Fußlage. Blsp. 10' a. p.
 Abweichen des Kopfes nach dem re. Darmbein, deshalb Lagerung re. HT. schlecht. Blasensprengung. Hochschieben der hinter dem Kopfe liegenden Ns., Fassen des hinteren Fußes. Ns. pulslos. Armlösung sehr schwierig wegen des engen Beckens. Kopfentwicklung nach Veit-Smellie.
 Kind: männlich, 3540 g 51/52 cm, reif, tot.
 Ns: 43 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.

- 3.) 1949/632, 33 J., II Para
 B.: o. B. Re. Steißlage Blsp. 6 Std. 15' a. p.
 Vorliegender Teil weicht nach links ab. Während des Transportes wird aus dem Vorliegen ein Vorfall der Ns. Wendungsversuch gelingt nicht, da beim ersten Pressen ein Fuß noch mit vorfällt. Episiotomie. Klass-Armlösung li. Kopf nach Veit-Smellie.
 Kind: männlich, 3280 g 53/54 cm, reif.
 Ns: 55 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.

- 4.) 1952/265, 32 J., III Para.
 B. nicht angegeben. Li. Steiß-Fußlage. Blsp. 22' a. p.
 4 Wochen a. t.
 Vaginale Untersuchung ergibt Vorliegen beider Füße und der pulsierenden

Ns. HT. unter 100/Min. Extraktion. Armlösung: vorne nach Arthur Müller, hinten klass. Martin-Wiegand-Winckelsche Kopfentwicklung.
 Kind: männlich, 2 370 g, 46/48 cm, reif.
 Ns: 49 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.

- 5.) 1954/355, 29 J., II Para.
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 5' a.p. 15 Tage p.t.
 Kopf beweglich über dem Beckeneingang. HT. nicht mit Sicherheit zu hören. Nach künstlicher Blasensprengung fällt ein vorgelegenes Ns.-konvolut vor. Ns. pulslos. Kristellerscher Handgriff.
 Kind: männlich, 3 000 g, 55 cm, reif, tot.
 Ns: 50 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: Mutter litt während der ganzen Schwangerschaft an stark juckenden Graviditätsdermatosen.

2. VORFALL DER NABELSCHNUR:

- 6.) 1947/157, 26 J., I Para.
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 28 Std. a.p.
 Nach Absinken der HT. unter 100/Min. vag. Untersuchung: starke Kopfgeschwulst und Nabelschnurvorfal. Reposition nicht möglich. HT. völlig neg. Perforation des Kopfes, Kopfschwartenzange mit Dauerzug. Cranioklasie (Entwicklung der Schultern mit Döderleinschem Handgriff, Braun'scher Cranioklast).
 Kind: männlich, 2 850 g (enthirnt) 54 cm, tot.
 Ns: 75 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 7.) 1947/186, 21 J., I Para.
 B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 2 1/2 Std. a.p.
 Patientin kommt mit gesprungener Blase zur Aufnahme. Ns. vorgefallen, HT. negativ. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 3 250 g, 52 cm, reif.
 Ns: 72 cm, Ins. marginalis.
 Wochenbett: o.B.
- 8.) 1947/284, 28 J., II Para.
 B.: o.B. Querlage Blsp. 12 Std. 10' a.p. Mm. 3 QF.
 Einweisung nach zweimal erfolglosem Repositionsversuch der vorgefallenen Ns. HT. völlig neg. Blutungen ex utero. Perforation des Kopfes.
 Kind: weiblich, 3 800 g, 50/51 cm, reif, tot.
 Ns: 65 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: o.B.

- 9.) 1947/448, 29 J., III Para.
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 33' a.p.
 Nach Blasensprung Absinken der HT. Ns. wird sichtbar beim Einschneiden des Kopfes. Geburt nach Kristellern. Das leicht asphyktische Kind erholt sich rasch durch Wiederbelebungs-massage.
 Kind: männlich, 4 600 g, 57/57 cm, reif.
 Ns: 79 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 10.) 1947/469, 34 J., I Para.
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 1 Std. 45' a.p.
 Nach der ersten Preßwehe Absinken der HT. Die Ns. wird in der Vulva sichtbar. Reposition unmöglich, deshalb Forceps aus linkem Schrägstand in Beckenmitte.
 Kind: weiblich, 3 675 g, 47/48 cm, reif. Leicht asphyktisch.
 Ns: Länge unbekannt. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: Massage, Adnexe und Beckenbindegewebe bei Entlassung noch druckschmerzhaft.
- 11.) 1947/880, 39 J., IV Para.
 B.: E.I.^o Li. HHL. Blsp. 10 Std. 30' a.p. Mm. wenig weit.
 Kräftige Wehen. HT. absterbend. Mekonium fließt ab. Bei der rectalen Untersuchung findet man einen Vorfall der Ns., und eines kleinen Teiles der Hand. Kopfschwartenzange bei MM. 3 1/2 QF mit Belastung von 900 g.
 Kind: weiblich, 3 000 g, 52 cm, reif, tot.
 Ns: 48 cm, Ins. excentrisch.
 Wochenbett: subfebrile Temperatur.
- 12.) 1948/81, 27 J., I Para.
 B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 15 Std. a.p. Mm. 2-3 QF.
 Einlieferung der Patientin ohne kindl. Herztöne. Rect. Untersuchung ergibt Ns.-Vorfall. Kopf prominent und noch nicht ins Becken eingetreten. Gefahr einer Drucknekrose der Urethra. Perforation bei Mm. 3 QF. Dauerzug mit 1 100 g. Da Sepsisgefahr Extraktion. Anlegen des Kranio-klasten von Braun.
 Kind: männlich, 3 600 g, 54 cm, reif, tot.
 Ns: 58 cm, Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 13.) 1948/167, 23 J., II Para (beide Kinder nicht lebensfähig).
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 45' a.p.
 Nach Blasensprengung tritt zusammen mit dem Kopf die Nabelschnur ins kleine Becken. Reposition gelingt. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 3 120 g, 47/49 cm, reif.
 Ns: 82 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.

- 14.) 1948/261, 29 J., III Para. (1 Kind Mens V, zweimal Fötus mortuus).
 B.: o. B. Li. unvollkommene Knielage. Blsp. 5 Std. 45' a. p.
 Li. Schräglage mit dem Steiß auf der re. Beckenschaufel. Patientin liegt auf der re. Seite. Bei der Umlagerung fällt die Ns. vor. Sofortige Extraktion. Manuelle Placentalösung ergibt Uterus bicornus (re. Horn für einen Finger durchgängig.)
 Kind: männlich, 3940 g, 53/54 cm, reif.
 Ns: 54 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.
- 15.) 1948/409, 26 J., II Para (1 Kind tot).
 B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 28 Std. a. p.
 Bei der Miktion fällt die Ns. vor. Reposition wegen Infektionsgefahr nicht möglich. Wendung auf den Steiß (der vordere Fuß des in li. HHL. liegenden Kindes wird gefaßt.). Der zweite Fuß wird ebenfalls heruntergeholt. Kopfentwicklung nach Veit-Smellie.
 Kind: männlich, 3500 g, 51/53 cm, reif.
 Ns: 54 cm, Ins. excentrisch.
 Wochenbett: 5 Tage subfebrile Temperatur.
- 16.) 1948/442, 28 J., III Para.
 B.: E. I^o. Re. HHL. Blsp. 17 Std. 35' a. p.
 Es finden gleichzeitig zwei Geburten statt. Nur kurze Zeit bleibt die Patientin unbeaufsichtigt. Inzwischen hören die vorher normalen HT. vollständig auf. Bei der ersten Preßwehe wird eine Ns.-schlinge in der Tiefe sichtbar. Da HT. völlig neg. Perforation, Döderleinscher Handgriff nach vorausgegangener Episiotomie, da die Hand neben der vorderen Schulter liegt.
 Kind: männlich, 3150 g, 54 cm, reif, tot.
 Ns: Länge und Insertionsstelle unbekannt.
 Wochenbett: o. B.
- 17.) 1948/477, 39 J. VI Para.
 B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 55' a. p. Mm. 2-3 QF.
 Bei der vaginalen Untersuchung tastet man die vorgefallene Ns. Kopfschwartenzange mißglückt, da der Kopf zu hoch. Digitale Muttermundsdilatation in Narkose. Wendung auf dem Fuß, Extraktion, klass. Arm-lösung und Veit-Smellie.
 Kind: männlich, 3790 g, 52/53 cm, reif.
 Ns: 70 cm, Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.
- 18.) 1948/554, 40 J., III Para. (1 Abort Mens II).
 Gemini. Bei beiden Kindern Blsp. 1 Min. a. p.
 Bei beiden Kindern waren schon 10 Tage a. p. keine HT. mehr zu hören.
 I. Li. HHL.: Wird durch Kristellern entwickelt.
 Kind: männlich, 690 g, 32/33 cm, unreif, tot.
 Ns: 38 cm. Ins. excentrisch.

II. Beckenendlage: Bei der rectalen Untersuchung wird ein
Ns.-Vorfall festgestellt. Manualhilfe nach
Bracht.
Kind: männlich, 850 g, 35/36 cm, unreif, tot.
Ns: 43 cm. Ins. marginalis.
Wochenbett: o. B.

- 19.) 1948/565, 31 J., II Para.
Plattrachitisches Becken Desc. II. ^o Li. HHL.
Kopf beweglich über dem Becken. Blsp. 1' a. p.
Rectale Untersuchung ergibt Ns.-Vorfall.
HT. schwankend. Entschluß zur Sectio. Entwicklung eines apnoischen Kindes.
Kind: männlich, 3 720 g, 53/54 cm, reif.
Ns: 43 cm. Ins. excentrisch.
Wochenbett: Fieber, Pyelitis, nach 14 Tagen o. B.
- 20.) 1948/195, 24 J., II Para.
B.: o. B. Praeeklampsie. Gemini.
I. Li. HHL. Blsp. 15 Min. a. p. Spontanpartus aus li. HHL.
Kind: weiblich, 2 870 g, 48/49 cm, reif.
Ns: 77 cm. Ins. excentrisch.
II. Stellt sich in re HHL. ein (vorher re. Beckenendlage).
Blsp. 50' a. p. Man fühlt vor dem kindlichen Kopf
die pulsierende Nabelschnur. HT. werden schlech-
ter. Wendung und Extraktion.
Kind: weiblich, 2 840 g, 49/50 cm, reif.
Ns: 70 cm, Ins. marginalis.
Wochenbett: o. B. Beide Kinder bei der Entlassung noch leicht
ikterisch.
- 21.) 1948/899, 33 J., II Para.
B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 4 Std. 35' a. p.
Nach Blasensprung Absinken der HT. Rectale Untersuchung ergibt
Ns.-Vorfall. Reposition erfolgreich. Spontanpartus.
Kind: männlich, 4 120 g, 54/55 cm, reif.
Ns: 71 cm. Ins. centralis.
Wochenbett: Starke Varizen. Abscess an den Labien wird ge-
spalten. Entlassung nach 3 Wochen bei Wohlbe-
finden.
- 22.) 1948/1048, 35 J., II Para.
B.: o. B. Re. HHL. Blsp. 7' a. p.
Nach dem Blasensprung fällt die Nabelschnur 10 cm vor. Die Wehentä-
tigkeit setzt aus. HT. sinken ab. Forceps. Nach 15 Min. gute Durch-
buchtung des asphyktischen Kindes.
Kind: männlich, 2 940 g, 49/49 cm, reif.

Ns: 85 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.

- 23.) 1949/73, 27 J., IV Para.
 B.: o.B. Steißlage. Blsp. unbekannt.
 Patientin kommt mit abgerissener, vorgefallener Nabelschnur zur Aufnahme. Seit einigen Wochen keine Kindsbewegungen mehr gespürt.
 12 Std. vor der Geburt stärkere, kurzdauernde Blutungen ex utero.
 Kind: weiblich, 1100 g, 45 cm Mazerationen III^o.
 Ns: 52 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 24.) 1949/127, 40 J., VI Para (ein Abort).
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 4 Std. a.p.
 3 3/4 Std. nach Blasensprung fällt die Ns. vor. Wendung auf den vorderen Fuß, danach Extraktion. Episiotomie zur besseren klass. Arm-lösung. Kopfentwicklung nach Veit-Smellie.
 Kind: männlich, 4500 g, 56/56 cm, reif.
 Ns: 89 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 25.) 1949/466, 44 J., II Para (und ein Abort).
 B.: o.B. Li. Fußlage. Mm. 2 QF. Mens VI.
 Vorzeitiger Blasensprung, anschließend Ns.-Vorfall. Zweimal 2 VE Orasthin. Spontanpartus. Foetus mortuus. Credé in Narkose und stumpfe Cürette.
 Kind: männlich, 600 g, 32 cm, unreif.
 Ns: nicht angegeben.
 Wochenbett: o.B.
- 26.) 1949/584, 28 J., II Para (davon ein Abort, Mens II).
 B.: o.B. Li. Steißlage. Blsp. 6 Std. 25¹ a.p. 3 Wochen a.t.
 Vaginale Untersuchung ergibt Vorfall beider Füße und Ns.-Vorfall.
 HT. gut. Abwarten in Op.-bereitschaft. 1,5 VE Orasthin. Lösung des vorderen Armes nach Arthur Müller, hinterer Arm klass.
 Kind: männlich, 3160 g, 50/51 cm, reif.
 Ns: 55 cm. Ins. centralis.
 Wochenbett: o.B.
- 27.) 1949/611, 35 J., V Para.
 B.: o.B. Li. Querlage. Blsp. 5' a.p.
 Versuch äußerlich auf den Kopf zu wenden, mißglückt. Spontane Einstellung auf den Steiß. Ns.-Vorfall. Entwicklung mit Bracht'scher Manualhilfe, Kind leicht asphyktisch.
 Kind: männlich, 3540 g, 50/51 cm, reif.
 Ns: 63 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.

- 28.) 1949/874, 26 J., I Para.
 B.: o.B. re. HHL. Blsp. 1 Std. a.p. Mm. 1-2 QF.
 Blasensprengung, Kopf tritt sehr schnell tiefer. Mit der ersten Preß-
 wehe Arrhythmie der HT, Ns. über den Kopf geschlagen. Nach der
 Austreibungsperiode von 6 Minuten Spontanpartus. Herzschlag sehr
 leise und arrhythmisch. Trotz Cardiazol und Lobelin kommt das Kind
 nicht zum Atmen.
 Kind: weiblich, 2 650 g, 40/51 cm, reif, tot.
 Ns: 52 cm, Ins. marginalis.
 Wochenbett: o.B.
- 29.) 1949/904, 44 J. XI Para.
 B.: o.B. Re. Schräglage. Blsp. 8 Std. a.p. Mm. 3 QF Placenta prævia
 *lateralis.
 Nachdem die Patientin 600 g Blut verloren hat, künstliche Blasenspreng-
 ung. Kopfschwartenzange. Trotz Wehenmittel keine Wehen. Blutung
 steht. HT. arrhythmisch. Kopfschwartenzange reißt aus. Mit dem Frucht-
 wasser fällt die Ns. vor. Hochdrücken des Kopfes und Reposition der Ns.
 30 Minuten später bleiben die HT. aus. Stärkere Blutungen treten auf.
 Perforation bei Mm 3 QF und Extraktion mit dem Cranioklasten.
 Kind: weiblich, 2 300 g, 45 cm, Mazerationen II⁰-III⁰.
 Ns: 49 cm, Ins. centralis.
 Wochenbett: o.B.
- 30.) 1950/44, 30 J., I Para.
 B.: o.B. Li. Querlage. Blsp. 34 Std. 10' a.p. Mm. 2 QF. Ca. 9 Wo-
 chen a. t.
 Patientin kommt mit gesprungener Blase, vorgefallener Ns. und rechter
 Hand. HT. nicht mit Sicherheit zu hören. Wendungsversuch bei Mm 2 QF
 mißlingt. Dekapitation mit anschließender Extraktion. Manuelle Placen-
 talösung.
 Kind: weiblich, 1 890 g, 41 cm. Mazerationen I⁰.
 Ns: nicht angegeben.
 Wochenbett: o.B.
- 31.) 1950/81, 27 J., I Para.
 B.: o.B. Re. Steißlage. Blsp. 10' a.p. Grav. Mens VI-VII.
 Blasensprengung bei völlig weitem Mm. Bei der ersten Preßwehe wird
 die vorgefallene Ns. in der Vulva sichtbar. Kein Geburtsfortschritt
 durch Kristellern. Anlegen der Kijellardzange biparietal und Entwick-
 lung in der typischen Weise.
 Kind: männlich, 1 250 g, 40/41 cm, unreif, atmet sofort.
 Ns: 55 cm, Ins. excentrisch
 Wochenbett: o.B.
 Kind: Erbrechen der Nahrung. Exitus im asphyktischen
 Anfall.

32.) 1950/239, 29 J., V Para.

B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 2 Std. 45' a.p.

Bei der ersten Preßwehe wird eine Nabelschnurschlinge in der Vulva sichtbar. Reposition der nicht mehr pulsierenden Ns. nicht möglich. Forceps im Querbett. Normale Entwicklung.

Kind: weiblich, 3000 g, 47/48 cm, reif.

Ns: 59 cm. Ins. marginalis.

Wochenbett: Mala involutio. Secalepräparat.

33.) 1950/240, 31 J., 0 Para.

B.: o.B. Li. unvollkommene Fußlage. Blsp. 28 Std. 35' a.p.

Patientin kommt mit heraushängender pulsloser Ns. zur Aufnahme. Bein bis zum Knie gebrochen. Narkose. Extraktion am Fuß. Klass. Lösung der hochgeschlagenen Arme. Der quer im Becken stehende Kopf wird mit Martin-Wigand-Winkelschem Handgriff tiefer gebracht. Anschließend Veit-Smellie. Gleichzeitig Kristellern.

Kind: 2790 g, 48/50 cm, reif.

Ns: 79 cm. Ins. excentrisch. Atmet nach 8'.

Wochenbett: Eitrige Sekretion aus der Episiotomienäht.

34.) 1950/540, 36 J., II Para.

B.: o.B. Li. Steiß-Fußlage. Blsp. 5 Min. a.p.

Patientin kommt mit stehender Blase zur Aufnahme.

Bei der Lagerung springt die Blase, wobei eine Ns.-schlinge und der linke Fuß vorfallen. Narkose. Extraktion. Klass. Armlösung. Kopfwicklung nach Veit-Smellie.

Kind: männlich, 3050 g, 51/52 cm, reif.

Ns: 54 cm, Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

35.) 1950/733, 41 J., V Para.

B.: o.B. Li. HHL. Blsp. ca. 9 Tage a.p.

Patientin kommt mit regelmäßigen, aber sehr kurzen Wehen. Nach Gabe von 4,5 VE, Orasthin Spontanpartus, wobei das linke Bein und die linke Hand zusammen mit der Ns. vorgefallen waren.

Kind: männlich, 1830 g, 44 cm, reif.

Ns: 53 cm. Ins. centralis.

Wochenbett: o.B.

36.) 1950/834, 38 J., III Para.

B.: o.B. Vollkommene re. Fußlage. Blsp. ca. 6 Tage a.p.

8 Wochen a.t. Verdacht auf Placenta prävia. Gute Wehentätigkeit, nach 3 Std. Mm. völlig. Es kommt spontan zum Ns.-vorfall. Gute Pulsation. Es erscheinen erst der hintere, dann auch der vordere Fuß. Pulsation wird schlechter. Entwicklung der beiden Arme und Veit-Smellie. Manuelle Uterusaustastung, da Placenta nicht vollständig.

Kind: weiblich, 1900 g, 44/44 cm, reif.

Ns: 59 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: Portioerosion, Aetzung mit Argentum nitricum.

37.) 1950/1086, 26 J., I Para.

B.: o.B. Li HHL. Blsp. 8 Std. 45' a.p.

Nach sechsständiger Wehentätigkeit werden die kindl. HT. arrhythmisch (über 175/Min.). Mekoniumhaltiges Fruchtwasser geht ab. Nach weiteren 2 Stunden fällt die Ns. vor. Wendung auf den Fuß und Extraktion nach klass. Armlösung und Veit-Smellie.

Kind: männlich, 3420 g, Länge nicht angegeben, reif.

Ns: 68 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

38.) 1950/1104, 25 J., II Para.

B.: o.B. Li, Steiß-Fußlage. Blsp. 57 Std. 30' a.p. Mens. VI-VII. Patientin kommt mit guten Wehen und gesprungener Blase zur Aufnahme. Nach Injektion von 1 ccm Spasmalgin Spontanpartus, wobei die Ns. vorgefallen ist. Da die HT die ganze Zeit über sehr gut waren, war ein operatives Eingreifen nicht nötig.

Kind: männlich, 1600 g, 40/42 cm, unreif.

Ns: 47 cm. Ins. marginalis.

Wochenbett: o.B.

Kind stirbt nach 4 Stunden an allgemeiner Lebensschwäche.

39.) 1950/1139, 36 J., I Para (Sectio).

B.: o.B. Re.HHL. Blsp. 1 Std. 15' a.p.

Zustand nach einer Sectio wegen Placenta prævia lateralis.

Nach Blasensprung Absinken der HT, Rectale Untersuchung ergibt Ns. - Vorfall. Vaginale Reposition. Episiotomie und Kristellern.

Kind: männlich, 3720 g, 51/53 cm, reif.

Ns: 66 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: 13 Tage subfebrile Temperatur bis 39,8° C. und Mastitis. Entlassung bei Wohlbefinden.

40.) 1950/V, 39 J., IV Para.

B.: o.B. Re. Steißlage. Blsp. ca. 6 Wochen a.p.

Spontanausstoßung aus rechter vollkommener Fußlage. Foetus mortuus mit Nabelschnurvorfall.

Kind: weiblich, 700 g, 34 cm, unreif.

Ns: 46 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: Abrasio, sonst o.B.

41.) 1950/VII, 28 J., 0 Para.

Li. HHL. B.: o.B. Blsp. 4 Std. 15' a.p. Mens VI-VII.

Wird mit vorgefallener Ns. eingeliefert. Keine HT. mehr. Bei der ersten Preßwehe ist die Ns. bereits vorgefallen, keine Pulsation mehr.

Nach zwei weiteren Preßwehen Spontanpartus mittels Bracht.

Kind: männlich, 800 g, unreif, 34 cm.

Ns: nicht angegeben.

Wochenbett: o. B.

42.) 1951/80, 23 J., I Para.

B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 5 Std. 45' a. p.

Bei völligem Mm und knapp sichtbarem Kopf erscheint in der Vulva eine noch pulsierende Ns.-Schlinge. Durch sofortiges Kristellern wird der Kopf und das Kind entwickelt.

Kind: männlich, 3600 g, 52/52 cm, reif.

Ns: 69 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

43.) 1951/390, 42 J., II Para.

B.: o. B. Querlage. Blsp. 3 Std. 20' a. p.

Nach Blsp. Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser und Absinken der HT. Kontrolle ergibt Ns-Schlingen in der Vagina vor dem Kopfe des Kindes. Herunterholen des Fußes und Wendung. Extraktion am Fuß. Lösung des hinteren Armes klass., des vorderen nach Arthur-Müller. Kopf nach Veit-Smellie.

Kind: männlich, 4050 g, 53/54 cm, reif.

Ns: 78 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: Dammriß III^o und Clitorisverletzungen. Oberflächliche Thrombophlebitis re. Unterschenkel.

44.) 1951/677, 24 J., I Para.

B.: o. B. Li. unvollkommene Fußlage. Blsp. 4 Std. 8' a. p. 14 Tage a. t.

Patientin kommt mit gesprungener Blase und Ns-Vorfall zur Aufnahme. Ns pulsiert schwach, HT nicht mit Sicherheit zu hören. Kurze Zeit später Ns pulslos. HT neg. 15 Minuten später Spontanpartus mit Steißlagenhilfe nach Bracht.

Kind: weiblich, 3020 g, 51 cm, reif, frischtot.

Ns: 67 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: Entlassung auf eigene Verantwortung.

45.) 1951/722, 25 J., 0 Para.

E. B. I^o. Blsp. 4 Std. 30' a. p. Gemini

Rö: I.) Dorso-frontale Beckenendlage

II.) Re. dorso-superiore Querlage

Nach Gaben von 6 x 1,5 VE Orasthin fällt die pulsierende Ns in die Vulva vor. Man plant Reposition und Herunterholen eines Fußes. Während der Narkose hört die Pulsation vollkommen auf. Abstand von der Reposition, nur der Fuß wird heruntergeholt. Belastung 900 g 3 x 1,5 VE Orasthin, Manualhilfe nach Bracht, Spontanpartus.

Kind: männlich, 3570 g, 54 cm, reif, tot.

Ns: 76 cm. Ins. excentrisch.

Das 2. Kind kommt 10 Minuten später spontan aus re. HHL.

Kind: weiblich, 3310 g, 51/52 cm, reif.

Ns: 44 cm. Ins. marginalis.

46.) 1951/1159, 21 J., 0 Para.

B. E. I^o. Li. Steißlage. Blsp. 12 Std. 20' a.p. Mm 2 QF. 3 Wochen a.t.

Zustand nach Pyelitis gravidarum und Cystitis.

Kommt mit gesprungener Blase. Ns fällt während eines Defakationsaktes vor. Ns pulslos. Spontanpartus aus li. vollkommener Fußlage.

Kind: weiblich, 2700 g, 50 cm, reif, tot.

Ns: 59 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

47.) 1952/479, 32 J., I Para.

B.: o.B. Li. Querlage. Blsp. 20' a.p.

Äußerlich auf dem Kopf gewendet und Anlegen einer Bandage. Nach Blasensprung Vorfall der Ns, die nicht mehr pulsiert. Reposition unmöglich. Episiotomie und Forceps.

Kind: männlich, 1870 g, 43/45 cm, reif.

Ns: 59 cm. Ins. marginalis.

Wochenbett: o.B. Kind: Verdacht auf Hüftgelenksluxation.

48.) 1952/538, 23 J., 0 Para.

B. E. I^o. Blsp. 3 Std. 15' a.p. Gemini

I.) Spontanpartus aus li. HHL

Kind: männlich, 2560 g, 48/49 cm, reif.

Ns: nicht angegeben.

II.) Nach 10 Minuten Absinken der HT. Rectale Untersuchung: Vorfall der Ns. Entwicklung nach Bracht. Kopf nach Veit-Smellie.

Kind: männlich, 2320 g, 48/49 cm, reif.

Ns: nicht angegeben.

Wochenbett: Lochienstauung mit Temperaturen bis 38^o.

49.) 1952/720, 33 J., VI Para (zweimal Foetus mortuus).

B.: o.B. Li. Beckenendlage. Blsp. 2 Std. 50' a.p. Mm geschlossen bis 1 QF.

Rö: Hydramnion. Conjugata vera: 9,8 cm, 7 Wochen a.t.

Kommt mit gesprungener Blase, Wehen und Sanguinatio ex utero. Verdacht auf Erythroblastose. Narkose. Bei Mm 2 QF werden beide Füße heruntergeholt und belastet. Die prolabierte und noch pulsierende Ns läßt sich nicht reponieren. Entwicklung nach Bracht.

Kind: weiblich, 2250 g, 44 cm, tot, Hydrops fetus.

Ns: 61 cm. Ins. centralis.

Wochenbett: o.B.

50.) 1952/802, 36 J., XIII Para

B.: o.B. Beckenendlage. Blsp. 45' a.p.

Nach Blsp. Absinken der HT auf 60/Min. Sanguinatio ex utero.

Rectale Untersuchung ergibt Ns-Vorfall bei völligem Mm. Vaginale Reposition. Wendung nach Justine-Sigemundin. Extraduktion des Kopfes gelingt nicht. Perforation des Kopfes, da Ns schon längere Zeit pulslos.

Kind: männlich, 4400 g, 57/58 cm, reif.

Ns: 59 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: Lochienstauung.

51.) 1952/887, 39 J., I Para

B.: o.B. Re. Querlage. Blsp. 9 Std. 25' a.p. Mm. geschl. 2 Wochen a. t.

Patientin kommt mit gesprungener Blase und arrhythmischen HT. zur Aufnahme. Rectale Untersuchung: 10 cm lange Schlinge in der Vagina. Mm 2 QF spastisch. Narkose. 2 Fingerwendung. Die Ns zieht sich zurück. HT erholen sich wieder. Belastung mit 400 g. Verschlechterung der HT nach 3 Stunden. HT hören auf. Da Mm immer noch 2 QF, kein Eingriff. Nach sieben weiteren Stunden Spontanpartus des Steißes zugleich mit einer 5 cm langen pulslosen Ns-Schlinge. Narkose. Extraduktion.

Kind: weiblich, 2970 g, 54 cm reif, tot.

Ns: 65 cm. Ins. marginalis.

Wochenbett: o.B.

52.) 1952/934, 32 J., I Para (dazu ein Abort Mens VI).

B.: o.B. Li. Steißlage. Blsp. 91 Std. 10' a.p. Mm geschlossen. 9 Wochen a. t.

Vorzeitiger Blsp. und Ns-Vorfall. Ns pulsiert noch. Keine Wehen. Infolge des großen Risikos für die Mutter im Verhältnis zum fraglichen Leben des Kindes wird von einer operativen Entbindung Abstand genommen. Keine HT mehr. Nach wenigen Preßwehen Spontanpartus.

Kind: weiblich, 1400 g, 40 cm, unreif, tot.

Ns: 46 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

53.) 1952/1107, 31 J., III Para.

B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 5' a.p.

Nach Blasensprung wird eine 12-15 cm lange Ns-Schlinge in der Vulva sichtbar. Episiotomie. Kjellard-Zange. Entwicklung.

Kind: weiblich, 3610 g, 50/51 cm, reif.

Ns: 51 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: 4 Tage Temp. 37.7°

Kind: rechtes proximales Femurende höher als links.

- 54.) 1952/1139, 20 J., II Para (1 Foetus mortuus mens VIII).
 B.: o.B. Blasp. 15' a.p. Re. Steißlage.
 Nach Blasensprung sofort die erste Preßwehe, wobei die Nabelschnur vorfällt und zusammen mit dem Steiß sichtbar wird. Bracht'sche Manualhilfe.
 Kind: weiblich, 2 100 g, 44/45 cm, unreif.
 Ns: 50 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: Fundus 4 QF über der Symphyse. Mm noch offen. Entlassung gegen ärztlichen Rat.
- 55.) 1952/1193, 39 J., II Para (eine Totgeburt).
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 2 Std. 5' a.p.
 Bei der ersten Preßwehe fällt die Nabelschnur vor. HT sehr langsam. Da der Kopf auf Kristellern nicht folgt, Anlegen einer Beckenausgangszange. Entwicklung. Dabei Dammriß I.
 Kind: weiblich, 3 850 g, 53/53 cm, reif.
 Ns: 78 cm. Ins. excentrisch. Ca. 1 cm vom Nabel 5 wahre Knoten.
 Wochenbett: o.B.
- 56.) 1953/256, 37 J., I Para
 Becken: fraglich. Re. HHL. Blsp. 16 Std. a.p.
 Patientin kommt mit Preßwehen, sichtbarem Kopf und vorgefallener Ns zur Aufnahme. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 2 090 g, 46 cm, reif, tot.
 Ns: 58 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 57.) 1953/673, 42 J., II Para.
 B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 6 Std. 8' a.p.
 Schwangerschaftstoxikose. Verdacht auf vorzeitige Placentalösung. Patientin kommt mit gesprungener Blase, Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser und arrhythmischen HT. Uterus leicht in Dauertonus. Bestehende Toxikose. HT normalisieren sich nach Pervitin. Plötzlich keine HT mehr. Vaginale Untersuchung ergibt Ns-Vorfall. Partus.
 Kind: männlich, 3 280 g, 53 cm, reif, tot.
 Ns: 60 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o.B.
- 58.) 1953/818, 29 J., I Para.
 B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 2 Std. 57' a.p.
 Patientin wird 2 Std. nach erfolgtem Blasensprung mit vor der Vulva liegender Ns eingeliefert. Anlegen der Kjellardzange im Querdurchmesser des Beckens, biparietales Fassen des Schädels. Drehen der Pfeilnaht in den Querdurchmesser, so daß das Hinterhaupt rechts steht. Entwicklung.

Kind: männlich, 3300 g, 54 cm, reif, tot.
 Ns: 78 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: o. B.

59.) 1953/920, 34 J., I Para.

B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 1 Std. a.p.
 Nach der zweiten Preßwehe werden die HT schlechter. Vaginale Untersuchung ergibt Ns-Vorfall. Reposition in Narkose. Orasthingaben. HT unter 100/Min. Forceps aus Beckenmittenschragstand. Entwicklung gelingt sofort.

Kind: männlich, 4290 g, 56/56 cm, reif, leicht asphykt.
 Ns: 72 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: 3 Tage subfebrile Temperatur. Secundäre Anämie.

60.) 1953/955, 35 J., III Para.

B.: o. B. Li. Steiß-Fußlage. Blsp. 4' a.p.
 Nach Blasensprung Ns-Vorfall. Narkose. Innere Wendung auf den Fuß und anschließende Extraktion mit klass. Armlösung und Veit-Smellie.

Kind: männlich, 3350 g, 50/51 cm, reif.
 Ns: 81 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: Secundäre Anämie.

61.) 1954/45, 35 J. I Para.

B.E. I⁰. Li. HHL. Blsp. 1 Std. 45' a.p. Mm 1 QF.
 30 Minuten nach Blasensprung Absinken der HT auf 88/Min.
 Rectale Untersuchung: Ns-Vorfall. Bei Mm 2 1/2 QF. manuelle Mm-Dilatation. Innere Wendung und Extraktion nach klass. Armlösung und Kopfentwicklung nach Veit-Smellie. Dammriß III⁰.

Kind: weiblich, 3760 g, 54/55 cm, reif.
 Ns: 68 cm. Ins. centralis.
 Wochenbett: o. B. Kind: Clavikulafraktur li.

62.) 1954/279, 29 J. II Para.

B.: o. B. Li. Steißlage. Blsp. 5 Std. 10' a.p.
 Gute Preßwehen. In der Vulva erscheint der rechte Fuß, zusammen mit der Ns. Ns pulslos. Extraktion nach klass. Armlösung. Kopf nach Veit-Smellie.

Kind: männlich, 3700 g, 54/54 cm, reif.
 Ns: 79 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B. Das Kind erholt sich rasch auf Lobelingaben und künstliche Atmung.

63.) 1954/578, 24 J., III Para.

Becken nicht angeben. Li. HHL. Blsp. 1 Std. 48' a.p.
 Mit zunehmenden Wehen fällt die Ns vor. Kopf wird sichtbar, davor die Ns. Da die HT sehr gut sind, erfolgt die Entwicklung des Kindes

nach Kristeller.

Kind: weiblich, 3450 g, 52/52 cm, reif.
 Ns: 78 cm, Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.

64.) 1954/1050, 20 J., 0 Para (ein Abortus Mens II).

Becken nicht angegeben. Querlage. Bbsp. 1 Std. 15' a. p. Mens VI-VII.
 Placenta prävia lateralis.

Patientin kommt mit Blutungen, stehender Blase und ohne kindliche HT zur Aufnahme. Blasensprengung bei völlig weitem Mm. Dabei erfolgt ein Vorfall der Ns. Placenta prävia. Innere Wendung auf dem Fuß. Belastung mit 500 g. Abwarten der Spontanausstoßung.

Kind: männlich, 720 g, 36 cm, unreif, tot.
 Ns: 39 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: o. B.

65.) 1955/49, 32 J., II Para.

B.: o. B. Li. vollkommene Fußlage. Bbsp. 14 Std. a. p.

Patientin kommt mit gesprungener Blase. Ns-Vorfall. Neg. HT. Keine Wehen. Herunterholen eines Fußes, Belastung mit 1200 g. Orasthin. Spontanpartus mit Bracht'scher Manualhilfe.

Kind: männlich, 3000 g, 50 cm, reif, tot.
 Ns: 58 cm. Ins. excentrisch.
 Wochenbett: Fieberhafte Lochienstauung. Hostamycin.

66.) 1955/101, 28 J., I Para.

B.: o. B. Li. unvollkommene Fußlage. Bbsp. nicht bekannt.
 9 Tage a. t.

Die Kindslage wandelt sich um in eine Steißlage. Wendungsversuch mißlingt. Ns fällt vor. Ein kindl. Fuß wird in der Vulva sichtbar. Narkose. Herunterholen des anderen Fußes. Extraktion. Schultern und Hand mit Müller'schem Handgriff. Kopf nach Veit-Smellie.

Kind: weiblich, 3420 g, 52/52 cm, reif.
 Ns: 53 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: o. B.
 Bei dem Kind besteht der Verdacht auf eine beiderseitige Präluxation.

67.) 1955/998, 31 J., I Para.

B.: o. B. Li Querlage. Bbsp. 13 Std. a. p. Mm. 1 QF.

Bei der rectalen Untersuchung findet man einen wulstigen, ziemlich straffen Mm von 1 1/2 QF, in welchem eine pulsierende Ns-Schlinge liegt. In Narkose manuelle Mm-Dilatation, Wendung und Extraktion. (Herabholen eines Fußes)

Kind: weiblich, 3280 g, 51/51 cm, reif.
 Ns: 78 cm. Ins. marginalis
 Wochenbett: o. B.

68.) 1956/65, 41 J., II Para.

B.: o.B. Li. vollkommene Fußlage. Blsp. 57 Std. 30' a. p.

3 Wochen a. t.

Verdacht auf Placenta prævia, der sich aber nicht bestätigt. Bei völligem Mm Ns-Vorfall. Extraktion aus li. vollkommener Fußlage mit Hilfe von Kristeller, A. Müller und Veit-Smellie. Trotz Orasthin i. v. Atonie bei vollständiger Placenta. Entfernung der Koagula aus dem Uterus, Cervixrevision, Uterusspülung, Uterustamponade, T-Verband.

Kind: männlich, 2230 g, 47/47 cm, reif.

Ns: Ins. lateralis.

Wochenbett: o.B.

3. ARMVORFALL:

69.) 1947/303, 24 J., 0 Para.

B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 31 Std. 40' a. p.

Bei Mm 3-4 QF linker Arm zwischen kindl. Kopf und Promonturium vorliegend. Armreposition in Narkose. Spontanpartus nach zweimaliger Gabe von Partergin.

Kind: weiblich, 3220 g, 52/53 cm, reif.

Wochenbett: leichte Temp. bis 37,8⁰.

70.) 1947/804, 40 J., VII Para.

Becken nicht angegeben. Re. HHL. Blsp. 8 Std. 34' a. p.

Rectale Untersuchung: Man fühlt deutlich eine Hand und einen Arm in der Scheide. Wendung auf den Fuß und Extraktion. Der hintere Arm klass. entwickelt. Kopf nach Veit-Smellie.

Kind: männlich, 4300 g, 57/58 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

71.) 1948/151, 34 J., 0 Para.

B.: o.B. Blsp. 8 Std. 2' a. p. Gemini

I.) Entwicklung aus rechter unvollkommener Fußlage nach Episiotomie mit Bracht'scher Manualhilfe.

Kind: weiblich, 2750 g, 47/49 cm, reif.

II.) Nach Blasensprung erfolgt Absinken der HT. Die vaginale Untersuchung ergibt: Vorfall beider Arme. Wendung und erfolgreiche Extraktion.

Kind: männlich, 2850 g, 49/50 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

72.) 1948/307, 22 J., 0 Para.

Becken nicht angegeben. Verschleppte Querlage. Blsp. 3 Std. a. p.

Erstes Kind außerhalb aus li. Steißlage geboren. Kommt nun wegen

Querlage mit Armvorfall. Nach Aufnahme rechter Arm bis zum Ellenbogen sichtbar. Keine HT mehr. Innere Wendung nicht mehr möglich. Dekapitation. Dammriß II^o.

Kind: weiblich, 1 900 g, 43/45 cm, knapp reif.

Wochenbett: Urticarielles Exanthem.

73.) 1948/407, 22 J., 0 Para.

B.: o.B. Blsp. I.) 4 Std. 10' a.p. II.) 23' a.p. Gemini.

I.) Entwicklung aus rechter Steißlage.

Kind: 2 650 g, 47/48 cm, reif.

II.) Kopflage. Der neben den Kopf vorgefallene Arm wird reponiert. Spontanpartus aus Li. HHL.

Kind: weiblich, 2 060 g, 47/48 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

74.) 1948/979, 23 J., 0 Para.

B.E.I^o. Re. Querlage. Blsp. 13 Std. a.p.

Spontaner Blasensprung. Vaginale Untersuchung ergibt 2. dorso-inferiore Querlage mit rechtem Armvorfall. Herabholen des li. Fußes unter Umwandlung der Querlage in eine unvollkommene Fußlage. Klass. Armlösung. Kristellern. Martin-Wiegand-Winkel'schem Handgriff. Kind noch HT, kommt aber nicht zum Atmen.

Kind: Geschlecht ?, 3 650 g, 52 cm, reif, tot.

Wochenbett: o.B.

75.) 1949/236, 31 J., I Para.

B.: o.B. Gemini.

I.) Li. Querlage. Blsp. 20 Std. 23' a.p. Episiotomie und Forceps.

Kind: männlich, 2 270 g, 46/47 cm, reif.

II.) Li. HHL. Blsp. 3' a.p. Rechter Arm vorgefallen. HT sinken unter 80/Min. Blasensprengung. Wendung auf dem Fuß und Extraktion.

Kind: männlich, 2 300 g, 42/43 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

76.) 1949/399, 37 J., II Para.

B.: o.B. Re. HHL. Blsp. 48 Std. a.p.

Patientin kommt ohne Wehen, aber vorzeitigem Blsp. zur Aufnahme. Langsam kommen mäßige Wehen. Bei Mm 2 QF fällt der rechte Arm vor. Reposition. Kopfschwanzzange. 3 VE Orasthin. Spontanpartus.

Kind: 2 940 g, 49/50 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

77.) 1949/1020, 37 J., 0 Para.

B.: o.B. Re. Dorso-inferiore Querlage. (Rö., da genauer Befund nicht möglich.) Blsp. 9 Std. a.p.

HT regelmäßig. Mäßige Wehen. Nach Blsp. werden die HT arrhythmisch. Bei Mm 2 QF Armvorfall. Da Wendungsversuche mißlingen, Entschluß zur Sektio.

Kind: männlich, 3 650 g, 55/57 cm, reif.

Wochenbett: o. B.

78.) 1950/642, 36 J., II Para.

B.: o. B. Re. Querlage Blsp. 10 Std. 30' a. p.

Einlieferung mit Armvorfall. Wendungsversuch des Praktikers mißlungen. Rechter Arm in der Vulva sichtbar. Anschlingen des Armes, Wendung auf den Fuß. Extraktion.

Kind: männlich, 3 050 g, 50/51 cm, reif.

Wochenbett: nach eintägigem Fieber o. B.

79.) 1950/936, 29 J., II Para.

B.: o. B. Rechte Querlage, Blsp. 5 Std. 45' a. p.

Status nach zweimaliger Frühgeburt Mens VII (beide leben). 9 - 10 Wochen a. t.

Regelmäßige Wehen. HT nicht mit Sicherheit zu hören. Rectale Untersuchung: Mm völlig, vorliegender Teil rechte Schulter und Ellenbogen. HT neg. Wendung und Extraktion unter schwierigen Umständen.

Kind: weiblich, 1 800 g, 42 cm, reif, frischtot.

Wochenbett: o. B.

80.) 1950/1199, 35 J., II Para.

B.: o. B. Re. HHL. Blsp. 56 Std. 20' a. p. Mens VI

Temperatur steigt bis 39,4° C. Nach dreißigstündiger Wehentätigkeit keine HT mehr. Spontanpartus aus rechter HHL mit vorgefallenem linken Arm.

Kind: weiblich, 1 520 g, 44 cm, tot, Mazeration II^o.

Wochenbett: o. B.

81.) 1951/840, 23 J., I Para.

B. E. I^o. Re. Steißlage Blsp. 90 Std. 39' a. p. 8 Wochen a. t.

Bei Aufnahme HT nicht mit Sicherheit zu hören. Bei der ersten Preßwehe bei völligem Mm fällt der linke Arm vor. Da keine HT mehr, Entschluß zur Dekapitation.

Kind: männlich, 1 810 g, tot.

Wochenbett: o. B.

82.) 1951/867, 21 J., I Para.

B.: o. B. Re. HHL. Blsp. 7 Std. 55' a. p.

Spontanpartus aus re. HHL. bei völligem Mm mit Vorliegen des rechten Armes.

Kind: männlich, 3 750 g, 52/53 cm, reif.

Wochenbett: Eihautretention, sonst o. B.

- 83.) 1951/1099, 33 J., I Para.
 B.: o. B. Li. HHL. Blsp. 9 Std. 15' a. p.
 R ö: Ausschluß eines Hydrocephalus.
 Vorfall des li. Armes. Reposition in Narkose. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 3100 g, 50/51 cm, reif.
 Wochenbett: o. B.
- 84.) 1952/80, 28 J., I Para.
 Becken nicht angegeben. Re. Querlage mit rechtem Armvorfall.
 3 Monate a. t. Blsp. 14 Tage a. p.
 Keine HT. Anschlingen des vorgefallenen Armes. Dekapitation mit
 der Gauss'schen Guillotine. Perforation-
 Kind: männlich, unreif, Hydrocephalus.
 Wochenbett: o. B.
- 85.) 1952/365, 38 J., III Para.
 B.: o. B. Dorso-posteriore Querlage. Blsp. 1 Std. 55' a. p.
 Äußere Wendung mißlingt. Narkose. Innere Wendung. Herunterholen
 des im Bereich des Mm liegenden Armes. Ns pulslos. HT neg. Entwick-
 lung dauert ziemlich lange.
 Kind: männlich, 3700 g, reif.
 Wochenbett: o. B.
- 86.) 1952/546, 32 J., II Para (eine Sectio).
 B.: o. B. Blsp. 3 Std. 2' a. p.
 R ö: I.) Li. unvollkommene Beckenendlage.
 II.) Li. dorso-inferiore Querlage.
 I.) Bei der ersten Preßwehe linke Hand in der Vulva. Reposition.
 Entwicklung nach Veit-Smellie. Bracht'sche Manualhilfe.
 Kind: männlich, 2860 g, 48/49 cm, reif.
 II.) Stellt sich spontan in li. HHL. ein.
 Kind: männlich, 2550 g, reif, tot. Mazeration I^o.
 Wochenbett: 2 Tage subfebrile Temperatur.
- 87.) 1952/633, 40 J., VIII Para.
 B.: o. B. Querlage mit Armvorfall. Blsp. 3 Std. 50' a. p.
 Wird wegen Geburtsstillstand eingewiesen. Mm völlig. HT neg. Innere
 Wendung in Narkose. Extraktion. Kopf nach Veit-Smellie.
 Kind: weiblich, 3200 g, 51 cm reif, tot.
 Wochenbett: o. B.
- 88.) 1952/979, 31 J., I Para.
 B.: o. B. Blsp. 3 Std. a. p.
Rechte Querlage 7 Wochen a. t. Patientin kommt mit Armvorfall und
 ca. 500 ccm Blutverlust. Innere Wendung auf dem Fuß und Extraktion.
 Kind: männlich, 2200 g, 46 cm, unreif, tot.
 Wochenbett: o. B.

- 89.) 1953/154, 33 J., I Para.
 B.: o.B. Hintere HHL. Blsp. 24 Std. 5' a.p.
 Wehenmittel. Rectale Untersuchung ergibt Vorfall des hinteren Armes.
 Reposition. Kopf durch Hofmeier'sche Impression im Becken festge-
 preßt. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 3310 g, 51/52 cm, reif.
 Wochenbett: o.B.
- 90.) 1953/531, 47 J., III Para (dazu 1 Abort Mens III).
 B.: o.B. Blsp. 4 Std. 25' a.p.
Re. dorso-anteriore Querlage. 5 Wochen a.t.
 HT sinken ab. Anschlingen des vorgefallenen Armes und innere Wendung
 mit anschließender Extraktion.
 Kind: weiblich, 2000 g, 46 cm, nicht völlig reif, tot.
 Wochenbett: o.B.
- 91.) 1953/543, 43 J., IV Para.
 Becken nicht angegeben. Verschleppte Querlage mit Vorfall des linken
 Armes. Blsp. 2 Std. 40' a.p.
 Bei der Einlieferung sind die HT völlig negativ. Anschlingen des Armes
 und Craniotomie. Entwicklung durch Zug am Arm.
 Kind: männlich, 3800 g, 56 cm, reif, tot.
 Wochenbett: o.B.
- 92.) 1954/476, 33 J., IV Para.
 Becken nicht angegeben. Blsp. 2 Std. 10' a.p.
Dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des rechten Armes. 10 Tage p.t.
 Narkose, Anschlingen, Digitale Mm.-Dilatation, innere Wendung auf den
 unteren Fuß. Extraktion. Kopf nach Veit-Smellie.
 Kind: weiblich, 3710 g, 52/52 cm, reif.
 Wochenbett: o.B.
- 93.) 1954/743, 23 J., II Para.
 B.: o.B. Re. dorso-posteriore Querlage. Blsp. 2 Std. 25' a.p.
 Als vorangehender Teil wird eine Hand getastet. HT sind negativ.
 Spontanpartus wird abgewartet. Es handelt sich dabei um einen Anencepha-
 lus.
 Kind: weiblich, 1800 g, 40/40 cm, reif.
 Wochenbett: o.B.
- 94.) 1954/769, 33 J., V Para.
 B.: o.B. Li. Querlage. Blsp. 4 Std. 20' a.p. 6 Tage p.t.
 Äußere Wendung auf dem Kopf gelingt. Bei Mm 2 QF frühzeitiger Bla-
 sensprung mit Vorfall des linken Armes. Repositionsversuch gelingt
 vorübergehend. Bei Mm 4 QF Anlegen der Kopfschwartenzange und Be-
 lastung. Orasthin. Spontanpartus.
 Kind: männlich, 4000 g, 53/54 cm, reif.
 Wochenbett: o.B.

95.) 1955/71, 28 J., 0 Para.

B.: o.B. Verschleppte Querlage mit Armvorfall. Blsp. nicht bekannt. HT sind negativ. Verschleppte Querlage, wobei ein Arm vorgefallen und die linke Schulter eingeklemt ist. Narkose. Evisceration und Dissectio-foetus. Danach gelingt es, die untere Körperhälfte an dem linken Arm zu extrahieren. Herunterholen des rechten Armes, Perforation des nachfolgenden Kopfes und Exaktion.

Kind: männlich, 1 850 g, intrauteriner Fruchttod.

Wochenbett: einige Tage subfebrile Temperatur. Hostamycin.

96.) 1955/962, 29 J., 0 Para, Gemini.

B.: o.B. Blsp. 3 Std. 35' a.p. 8 Wochen a.t.

I.) Vaginale Untersuchung ergibt re. dorso-anteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes. Innere Wendung und Exaktion.

Kind: weiblich, 1 500 g, 41/41 cm, unreif, leicht apnoisch.

II.) Wird nach innerer Wendung aus li. dorso-anteriorer Querlage extrahiert.

Kind: weiblich, 1 750 g, 43/43 cm, unreif, stark apnoisch.

Beide Kinder starben wenig später an allgemeiner Lebensschwäche.

Wochenbett: o.B.

97.) 1955/1106, 30 J., 0 Para.

B.: o.B. Li. HHL. Blsp. 1 Std. 30' a.p.

Nach Blasensprung erfolgt Armvorfall. HT nicht mit Sicherheit zu hören. Exaktion eines lebensunreifen Foeten mit Hirnaplasie.

Kind: männlich, 1 300 g, 35 cm, tot.

Wochenbett: o.B.

98.) 1955/1185, 19 J., 1 Para.

B.: o.B. Li. Steiß-Fußlage. Blsp. 2 Std. 33' a.p. 9 Wochen a.t.

Bei Blasensprung Armvorfall. Rectale Untersuchung ergibt dorso-anteriore Querlage. Innere Wendung und Exaktion.

Kind: männlich, 1 750 g, 44/45 cm, reif.

Wochenbett: o.B.

99.) 1956/523, 18 J., 0 Para.

B.: o.B. Mm weit. Li. dorso-anteriore Querlage. Blsp. ? Grav.

Mens VI-VII. Patientin hat eine offene Tbc. Pneu vor 14 Tagen angelegt.

Patientin kommt blutend mit Wehen zur Aufnahme. Rectale Untersuchung ergibt Armvorfall. Anschlingen in Narkose. Herunterholen eines Fußes und innere Wendung. Armlösung links nach vorhergegangener Anschlingen des heruntergeholten Fußes. Veit-Smellie. Frucht-intrauterin abgestorben. Manuelle Placentalösung, da starker Blutverlust außerhalb der Klinik.

Kind: männlich, 980 g, unreif, tot.
 Ns: 28 cm. Ins. marginalis.
 Wochenbett: o.B.

100.) 1956/601, 35 J., IV Para.

B.: o.B. Li. dorso-anteriore Querlage. Blsp. 40' a.p. 10 Tage a.t.
 Frühere Geburt: Querlage und Armvorfall (1954/476). Rectale Untersuchung ergibt Armvorfall, vaginale Untersuchung: rechter Arm. Anschlingen des Armes, innere Wendung auf dem Fuß, Extraktion.
 Arme klass. gelöst. Kopf: Veit-Smellie.

Kind: männlich, 3580 g, 50/50 cm, reif.
 Ns: 50 cm. Ins. lateralis.
 Wochenbett: o.B.

101.) 1956/691, 37 J., III Para.

B.: o.B. Blsp. ? Gemini

I.) Spontanpartus aus li. HHL.

Nach der ersten Geburt keine Wehentätigkeit mehr. Dreimal 1 VE Orasthin. Für drei Stunden Wehen. Steißlage, äußerlich gewendet. Blasensprengung, Kind nun in Schädellage, Vorfall beider Arme. Reposition nicht mehr möglich, Wendung auf den Steiß, Extraktion aus linker vollkommener Fußlage. Manuelle Placentalösung.

Kind: männlich, 2560 g, 47/48 cm, eben reif.

Ns: ? Ins.: ?

Wochenbett: Hepatopathie, Entlassung bei Wohlbefinden.

102.) 1956/700, 24 J., I Para.

B.: o.B. Li. dorso-posteriore Schräglage. Blsp. 19 Std. 50' a.p.
 Patientin kommt mit vorgefallener Hand. Narkose. Innere Wendung. Uterusaustastung. Dammriß I^o.

Kind: männlich, 1870 g, 45/46 cm, reif.

Ns: 72 cm. Ins. lateralis.

Wochenbett: o.B.

103.) 1956/1070, 22 J., 0 Para.

B.: keine Angaben. Li. HHL. Blsp. 13 Std. 50' a.p.

Patientin kommt mit gesprungener Blase und Armvorfall. Reposition in Narkose. Linksseitige Epi. Spontanpartus.

Kind: weiblich, 2910 g, 49/49 cm, reif.

Ns: 52 cm. Ins. lateralis.

Wochenbett: o.B.

104.) 1956/1194, 40 J. III Para.

B.: o.B. Li. Schräglage. Blsp. 4 Std. 45' a.p.

Nach Einsetzen guter Wehentätigkeit Vorfall der rechten Hand und des Unterarms. Lagerung. Herunterholen des linken Fußes, Extraktion. 2 Nabelschnurschlingen um den Hals. Manuelle Placentalösung in Narkose.

Kind: männlich, 3760 g, 53/54 cm, reif.
 Ns: 56 cm. Ins. lateralis.
 Wochenbett: o. B.

4. NABELSCHNURVORFALL VERBUNDEN MIT ARMVORFALL:

105.) 1947/314, I Para, Gemini.

B.: E.I. Steißlage. Bbsp. 7 Std. 10' a.p.

Patientin kommt mit vorgefallener Ns zur Aufnahme. Vaginale Untersuchung ergibt dorso-inferiore Querlage mit Arm- und Ns-Vorfall. Zurückziehen des vorgefallenen Armes. Wendung auf dem Fuß und Belastung. Bracht'sche Manualhilfe.

Kind: männlich, 2400 g, 47 cm, reif, tot.

Ns: 54 cm. Ins. excentrisch.

Das zweite Kind wird operativ mit Steißlage entwickelt.

Kind: weiblich, 2180 g, 47/48 cm, reif.

Ns: 45 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

106.) 1948/710, 29 J., IV Para.

B.: o. B. Vollkommene Fußlage. Bbsp. 14 Std. a.p.

Kind stirbt vor rechtzeitiger Eröffnung des Mm ab. Nach Eröffnung des Mm Wendung und Extraktion mit Armlösung. Von einer Sectio wurde Abstand genommen, da die Patientin außerhalb der Klinik vaginal untersucht worden war und die Blase bei der Aufnahme schon zu lange gesprungen war.

Kind: weiblich, 3080 g, 52 cm, reif, tot.

Ns: 44 cm. Ins. centralis.

Wochenbett: o. B.

107.) 1949/175, 36 J., V Para.

B.: o. B. Re. dorso-posteriore Querlage. Bbsp. 8 Std. 20' a.p.

Rectale Untersuchung ergibt vorgefallenen Ellenbogen. Spiegeleinstellung ergibt Ns-Vorfall. Narkose. Reponieren des Kopfes und des Armes. Nach Wendung auf dem Kopf Anlegen der Kopfschwartenzange mit Belastung von 850 g. HT hören auf. Nach 2 1/2 Stunden Spontanpartus eines frischtoten Kindes.

Kind: männlich, 2800 g, reif, tot.

Ns: 54 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

108.) 1951/530, 28 J., III Para (dazu 1 Abort Mens II).

B.: o. B. Re. HHL. Bbsp. 11 Std. 5' a.p. 12 Tage a. t.

Patientin kommt mit vorzeitig gesprungener Blase, vorgefallenem rech-

ten Arm und Ns. Keine Wehen. Ht sehr leise und verlangsamt.
 Vaginale Untersuchung: Mm völlig. Kopf re. Narkose. Wendung
 auf dem oberen Fuß mit anschließender ganzer Extraktion.

Kind: weiblich, 3130 g, 50/51 cm, reif.

Ns: 50 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

109.) 1951/ 571, 30 J., I Para.

Becken nicht angegeben. Dorso-posteriore Querlage. Blsp. 5 Std. 45' a.p.

I.) Dorso-posteriore Querlage mit Arm- und Ns-Vorfall. Narkose.
 Der vorgefallene Arm wird angeschlungen. Herabholen der Füße bis
 zum Sichtbarwerden der Knie. Digitale Mm-Dilatation. Extraktion
 mit klass. Lösung des hochgeschlagenen Armes. Keine Pulsation
 mehr. Nach Episiotomie Kopfentwicklung nach Veit-Smellie.

Kind: Geschl. unbekannt, 2600 g, 50 cm, reif, tot.

Ns: 50 cm. Ins. centralis.

Wochenbett: o.B.

110.) 1952/392, 26 J., I Para.

B.: o.B. Rö: Dorso-posteriore Querlage. Blsp. 4 Std. 5' a.p.

Kindl. HT nicht mehr zu hören. Pulslose Ns und Arm in der Vagina
 getastet. Linker Arm wird angeschlungen. Gauss'sches Trachelotom
 und Guillotine. Abschneiden des Halses. Extraktion.

Kind: weiblich, 2620 g, 48 cm, reif, tot.

Ns: 38 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

111.) 1952/565, 38 J., III Para (davon 1 Totgeburt).

B.: nicht angegeben. Unvollkommene Steißlage. Blsp. 4 Std. 5' a.p.
 Patientin kommt mit Blutungen und guten Wehen zur Aufnahme.

Rectale Untersuchung: große Blutkoagula, Arm- und Ns-Vorfall.
 HT 60/Min. Vorzeitige Placentalösung. Repositionsversuch mißlingt.
 Bracht Partus. Asphyktisches Kind, das noch über eine Std. Herz-
 schlag hat, aber nicht mehr wiederbelebt werden kann.

Kind: weiblich, 2400 g, 49 cm, reif, tot.

Ns: 56 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o.B.

112.) 1953/379, 33 J., I Para.

B.: o.B. Li. Querlage. Blsp. 13 Std. 50' a.p.

Kommt mit gesprungener Blase. Vaginale Untersuchung ergibt vorgefalle-
 nen Arm. Narkose. Anschlingen des Armes. Wendung auf dem re. Fuß,
 dabei erfolgt Vorfall der Nabelschnur. Extraktion mit klass. Armlösung
 und Veit-Smellie.

Kind: 2700 g, weiblich, 48/49 cm, reif, leicht asphyktisch.

Ns: nicht angegeben.

Wochenbett: o.B. Kind: Oberschenkelfraktur links.

113.) 1953/1217, 42 J., II Para.

B.: o. B. Blsp. 6 Std. 5' a. p. 4 Wochen a. t. Gemini.

I.) Li. HHL. Nach einer Episiotomie Spontanpartus.

Kind: männlich, 2 700 g, 48/49 cm, knapp reif.

Ns: 63 cm. Ins. excentrisch.

II.) Re. unvollkommene Fußlage, Aussetzen der Wehen. Orasthin.
 Vaginale Untersuchung: Kopf beweglich über Beckeneingang,
 zwei kleine Teile und Ns liegen vor. Konvolut von Ns nicht
 reponierbar, da zwei Arme vorliegen. Wendung auf den Fuß.
 Extraktion mit Bracht'scher Manualhilfe.

Kind: männlich, 2 500 g, 48/48 cm, knapp reif.

Ns: 70 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

114.) 1954/478, 25 J., II Para.

B.: nicht angegeben. Re. dorso-posteriore Querlage. Blsp. 3 Std.
15' a. p.

Patientin kommt mit frühzeitig gesprungener Blase. Ns- und Armvor-
 fall. Nur schwache Ns-Pulsation. Keine HT. Repositionsversuch. An-
 schlingen des Armes. Innere Wendung auf den Fuß. Anschlingen und
 Belastung des Armes. Langsame Extraktion. Entwicklung des rechten
 Armes klass.

Kind: weiblich, 3 500 g, 53 cm, reif, tot.

Ns: 73 cm. Ins. centralis.

Wochenbett: o. B.

115.) 1954/581, 28 J., II Para (dazu 1 Abort Mens III).

B.: o. B. Re. dorso-posteriore Querlage. Blsp. 10 Std. 55' a. p.

Rö: Kein Anhalt für Mißbildungen. Ca. 6 Wochen a. t.

Bei Mm 3 QF fällt die Ns vor. Bei der Lagerung auf dem Operations-
 tisch fällt der linke Arm und die Schulter vor. Anschlingen. Mm-Dilata-
 tion bis Mm 4-5 QF. Extraktion.

Kind: weiblich, 1 120 g, 41 cm, reif.

Ns: 75 cm, Ins. excentrisch, 1 wahrer Knoten.

Wochenbett: o. B.

116.) 1955/400, 28 J., III Para. (sämtl. 3 Geburten mit Ns-Vorfall).

B.: o. B. Re. Querlage. Blsp. 20' a. p. 8 Tage a. t. Nephropathie.

Keine kindlichen HT. Fötale E. K. G. neg. Geringe Genitalblutungen.

Nach Einsetzen regelmäßiger Wehen Blasensprung. Vorfall der puls-
 losen Ns und des rechten Armes. Extraktion.

Kind: 2 450 g, 52 cm, Fötus mortuus III^o.

Ns: 134 cm, Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

117.) 1955/1243, 39 J., I Para.

Becken nicht angegeben. Re. Querlage. Blsp. 5' a. p. Uterus arcuatus. Bei guten Wehen Blasensprung und Ns-Vorfall. Vaginale Untersuchung ergibt rechte Querlage mit Armvorfall. Innere Wendung und Extraktion aus linker Fußlage.

Kind: männlich, 3 800 g, 50/50 cm, reif.

Ns: 56 cm. Ins. excentrisch.

Wochenbett: o. B.

Kind: Fraktur im rechten Oberarm.

G. Z U S A M M E N F A S S U N G

Die Gesamtzahl der hier aufgezeichneten Fälle beläuft sich auf 117. Dies bedeutet bei einem Krankengut von 12 517 Geburten einen Prozentsatz von 0,85 %.

Diese teilen sich folgendermaßen auf:

Vorliegen der Nabelschnur	5 Fälle,
Vorfall der Nabelschnur	63 Fälle,
Armvorfall	36 Fälle,
Nabelschnur- und Armvorfall	13 Fälle.

Bei den hier vorliegenden 81 Fällen von Nabelschnurvorfällen fanden sich 47 Lageanomalien, welche einer Häufigkeit von 56 % entsprechen. Sie verteilen sich auf die einzelnen Lagen wie folgt:

Querlagen	16 Fälle	=	34,06 %
Schräglagen	1 Fall	=	2,13 %
Fußlagen	10 Fälle	=	21,30 %
Steißlagen	15 Fälle	=	31,95 %
Steiß-Fußlagen	5 Fälle	=	10,65 %

Neben den pathologischen Kindslagen spielt die Beschaffenheit des mütterlichen Beckens eine Rolle. Jedes fehlerhafte Becken begünstigt in hohem Maße das Zustandekommen des Nabelschnurvorfalles. Die Zahl der engen Becken beläuft sich auf 9 = 11,25 %. Davon sind:

B. E. I ^o :	Schädellagen	3 Fälle
	Steißlagen	3 Fälle
	Steiß-Fußlagen	2 Fälle
B. E. II ^o :	Schädellage	1 Fall

Ebenfalls von Bedeutung ist die Zahl der Geburten der Mütter. 75 Mehrgebärende = 92,6 % stehen 6 Erstgebärenden = 7,4 % gegenüber. Da der kindliche Kopf bei Mehrgebärenden oft lange beweglich über dem Beckeneingang steht, wird das Durchschlüpfen der Nabelschnur in das kleine Becken begünstigt.

Zwillingsgeburten als prädisponierendes Moment wurden in 6 Fällen = 7,5 % beobachtet.

Eine weitere Ursache für den Nabelschnurvorfall kann das Nichtausgetragen-sein der Frucht sein. In 8 Fällen = 10,08 % trat diese Komplikation auf. Dabei handelte es sich um Fälle, bei denen die Geburt mindestens 8 Wochen a. t. stattfand.

Eine überreichliche Fruchtwassermenge kann ebenfalls für das Zustandekommen des Vorliegens bzw. des Vorfalles der Nabelschnur in Betracht kommen. In 13 Fällen konnte ein Vorfall der Nabelschnur, verbunden mit einem gleichzeitigen Armvorfall, beobachtet werden. Diese verteilen sich auf folgende Kindslagen:

Schädellagen	1 Fall	=	7,69 %
Querlagen	8 Fälle	=	61,44 %
Steißlagen	2 Fälle	=	15,38 %
Fußlagen	2 Fälle	=	15,38 %.

Auch der Sitz der Placenta kann von Bedeutung sein.

Neben der Placenta kann auch die Nabelschnur selbst prädisponierend werden. Insertion und Länge sind von Bedeutung, da die längere Nabelschnur leichter zum Vorfall neigt als die normale und die kürzere Nabelschnur. (Normale Durchschnittslänge: 50 cm). Die Zahlen des hier untersuchten Krankengutes ergeben folgendes Bild:

Insertion:	central	10 Fälle	=	12,0 %
	excentrisch	48 Fälle	=	59,29 %
	marginal	17 Fälle	=	21,31 %
	In 6 Fällen fehlen die Angaben	=		7,4 %

Länge der Nabelschnur:

unter 45 cm	5 Fälle	=	6,05 %
45 - 60 cm	36 Fälle	=	44,44 %
über 60 cm	33 Fälle	=	40,70 %
Von 7 Fällen fehlen die Angaben	=		8,64 % (Eilfälle).

Bei den hier angeführten 36 Fällen mit Armvorfall dominieren die Mehrgebärenden mit 27 Fällen = 75 % gegenüber 9 Erstgebärenden = 25 %. Wie schon ausgeführt, sind Querlagen mangels eines vorliegenden Teiles stark gefährdet. Hier allein 21 Fälle = 58,33 %, denen 3 Steißlagen = 8,33 % und 12 Hinterhauptslagen = 33,33 % gegenüberstehen. Als weiteres disponierendes Moment wurden 7 Zwillingsgeburten gefunden, welche einem Prozentsatz von 19,44 % entsprechen. Ein habituelles Verhalten konnte in einem Fall = 2,77 % beobachtet werden.

Während bei unseren 117 Fällen die mütterliche Mortalität 0 % betrug, starben 47 Kinder = 40,17 %. Diese Zahl bezieht sich sowohl auf die Fälle von Nabelschnurvorfall als auch auf die Fälle von Armvorfall. In dieser Zahl sind ferner 19 unreife Foeten enthalten und solche Patientinnen, die mit pulsloser Nabelschnur zur Aufnahme kamen. Bezieht man die Sterblichkeit nur auf die reifen Kinder, so ergibt sich eine Mortalität von 28 Kinder = 23,93 %.

Im einzelnen teilen sich die Fälle folgendermaßen auf:

Nabelschnurvorfall	68 Fälle	
Kindl. Mortalität	26 Fälle	= 38,23 %
Armvorfall	36 Fälle	
Kindl. Mortalität	13 Fälle	= 36,11 %
Nabelschnur-u. Arm- vorfall	13 Fälle	
Kindl. Mortalität	8 Fälle	= 61,54 %.

Bei vergleichender Betrachtung der Statistiken ergibt sich folgendes Bild:

Beim Nabelschnurvorfall:

Halter:	44 %
E. Zweifel:	62,5 %
Schweitzer:	56,5 %
Martius:	50 %

Universitäts-Frauenklinik Würzburg: 41,9 %.

Eine vergleichende Betrachtung der Statistiken über den Armvorfall ist nicht möglich, da hierüber in der Literatur keine Angaben zu finden sind.

Im einzelnen wurde therapeutisch folgendermaßen vorgegangen:

1. Vorliegen der Nabelschnur:

a. Schädellage

Blasensprengung und Reposition	1 Fall
Blasensprengung und Kristellern	1 Fall

b. Steißlage

Blasensprengung und klass. Armlösung	2 Fälle
Episiotomie nach Blasensprengung Bracht	1 Fall

2. Vorfall der Nabelschnur:

a. Schädellage

nach Reposition Spontanpartus abgewartet	6 Fälle
nach Repos. Entwicklung unter Kristellern	6 Fälle
nach Repos. Kopfschwartenzange u. Belastung	1 Fall
Wendung und Extraktion	4 Fälle
Wendung und Extraktion nach Epi.	2 Fälle
Digitale Mm-Dilatation, Wendung und Extraktion	2 Fälle
Reposition nicht möglich, Forceps	6 Fälle
Nach Reposition Forceps	1 Fall
Sectio caesarea	1 Fall
Perforation	1 Fall
Perforation und Cranioclasie	2 Fälle

b. Schräglage

Wendung und Extraktion	1 Fall
Perforation und Cranioclasie	1 Fall

c. Querlage

Bracht'sche Manualhilfe nach Wendung	1 Fall
Wendung und Extraktion	2 Fälle
Innere Wendung und Belastung	1 Fall
Wendung auf den Kopf, nach Reposition Epi. und Forceps	1 Fall
Manuelle Dilatation, Wendung und Extraktion	1 Fall
Zweifingerwendung	
Belastung	1 Fall
Dekapitation und Extraktion	1 Fall

d. Steißlage

Bracht'sche Manualhilfe	4 Fälle
Herunterholen beider Füße, Bracht	5 Fälle
Extraktion nach Herunterholen eines Fußes und Belastung	1 Fall
Reposition Wendung und Forceps	1 Fall
Reposition und Wendung, Extraktion mißlingt, Perforation	1 Fall

e. Fußlage

Klass. Armlösung	2 Fälle
Herunterholen eines Fußes, Belastung	1 Fall
Extraktion	4 Fälle

f. Steiß-Fußlagen

Extraktion	2 Fälle
------------	---------

3. Armvorfall:

a. Schädellage

Spontanpartus	2 Fälle
Reposition des Armes, Spontanpartus	6 Fälle
Wendung und Extraktion	4 Fälle

b. Querlage

Innere Wendung	8 Fälle
Herunterholen eines Fußes und Extraktion	1 Fall
Innere Wendung und Extraktion	6 Fälle
Reposition und innere Wendung	1 Fall
Sectio caesarea	1 Fall
Dekapitation	4 Fälle

c. Steißlage

Reposition und Bracht	1 Fall
Extraktion	1 Fall
Dissectio Foetus	1 Fall

4. Nabelschnur- und Armvorfall:

a. Schädellage

Wendung und Extraktion	1 Fall
Gauss'sche Trachelotom	1 Fall

b. Querlage

Anschlingen des Armes, Wendung und Extraktion	2 Fälle
Wendung und Extraktion	6 Fälle

c. Steißlage

Reposition und Bracht	1 Fall
-----------------------	--------

d. Fußlage

Extraktion	2 Fälle
------------	---------

An dieser Stelle sei es mir vergönnt,
meinem hochverehrten Lehrer, Herrn
Professor Dr. K. Burger für die
Überlassung der Arbeit und Herrn
Privat Dozent Dr. med. H. Kremling
für seine zahlreichen Ratschläge recht
herzlich zu danken.

L I T E R A T U R A N G A B E N

- | | | |
|--|---|--|
| BERGMANN, G. | : | Zbl. Gynäk. 79 (1957) 898. |
| BURGER, KARL | : | Lehrbuch der Geburtshilfe (1950)
369 - 372. |
| CAFFARATTO,
TIRSI MARIO | : | Amer. Obstret. 77 (1955) 863 - 865. |
| CASTILLO, F.
ORENGA DIAZ,
J. MENZOS BLASQUEZ,
A. MARTINEZ GIMENO,
J. DIAZ LLORENTE | : | Acta gynaec. et obstr. Hisp. Luiset 4
(1955) 131 - 161. |
| DILWORTH, E. E.
WARD JAMES | : | Amer. Obstret. 73 (1957)
1088 - 1093. |
| FELLENBERG, R. von | : | Zbl. Gynaek. 39 (1908). |
| FRANQUE, O. von | : | Zbl. Gynaek. 87 (1924). |
| HEINISCH, H-M. | : | Gynaecologia 139 (1955) 370 - 377.
Gynaecologia 142 (1956) 259 - 268.
Gynaecologia 141 (1958) 348 - 349.
Zbl. Gynäk. 76 (1955) 2071 - 2075. |
| JALKAMEN, RISTO
NIMINEVA, KALEVI | : | Gynaecologia 136 (1953)
1 - 4 |
| JOUBERT, P. J. | : | South-African-Journal of Medizin (1954)
570 - 574. |
| KAMINSKAJA, V. T. | : | Akus Ginek. 2 (1954) 54 - 58. |
| KEHRER, E. | : | Geburtsh. u. Frauenhk. (1948) 75. |
| KUSH, ARTHUR, W. | : | Journal. Obstret. (1953) 183 - 185. |
| MADSEN, WALDEMAR | : | Acta med. scand. 142 Suppl. 266
(1956) 711 - 714. |
| MARTIUS, HEINRICH | : | Lehrbuch der Geburtshilfe (1952). |
| NIMINEVA, KALEVI | : | Amer. Chir. et Gynaec. 46 (1957)
84 - 94. |

- | | | |
|--|---|---|
| SACHS, E. | : | Zbl. Gynaek. (1916) 641. |
| SEITZ-AMREICH | : | (1951) II. Teil Band VIII. 543 - 558
(Martius Heinrich). |
| SOTTO, LUCIANO S. J.
VILLENEUVE, ROBERT | : | Obstret. et Gynaecol. 10 (1957)
303 - 308. |
| STATE, WILLIAM G.
RANDALL, JOHN H. | : | Amer. Journal Obstret. 72 (1958)
991 - 997. |
| STOECKEL, J. | : | Lehrbuch der Geburtshilfe (1851) 588. |
| PSCHYREMBEL, W. | : | Praktische Geburtshilfe (1852). |
| TOIT, P. F. M. du | : | South-Afric. -Med. -Journal (1958)
1181 - 1185. |

L E B E N S L A U F

Ich wurde am 26. Juli 1933 als Sohn des Bankbeamten Dr. Emil Schmelzer in München geboren. Nach meiner Schulzeit an dem Realgymnasium zu Rastatt/Baden und dem Markgraf-Ludwig-Gymnasium zu Baden-Baden legte ich im April 1952 die Reifeprüfung ab. Die vorklinischen Semester studierte ich an der Universität Erlangen (1) und an der Universität Heidelberg (4), wo ich im Juli 1954 meine ärztliche Vorprüfung bestand.

Während meiner klinischen Semester studierte ich an der Universität München (2) und an der Universität Würzburg (4). Hier schloß ich mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen ab, welches ich am 16. April 1958 bestand. Seit dem 1. Juni 1958 bin ich als Medizinalassistent auf der internistischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg tätig.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Michael Schmelzer

